MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

C.H.U. NAFISSA HAMOUD
Service de gynécologie obstétrique
Pr. A.MEDJTOUH

Par : Dr. A. Mohammed Belkebir

I - INTRODUCTION

1-Définition :

A- Accouchement prématuré:

O.M.S 1993: Accouchement d'un fœtus de plus de 500gr ou de plus de 22SA respirant ou manifestant tout signe de vie.

60% des A.P sont spontanés et presque toujours précédés d'une M.A.P.

B-M.A.P: Association de CU a des modifications cervicales

2-Interet:

A- fréquence: 7% des naissances surviennent avant terme

Le taux de M.A.P et des AP a légèrement augmenté au cours de ces dernières années en raison de l'augmentation du taux des grossesses multiples liées au développement des techniques de PMA.

B- Gravité: la MAP est la 1ere cause d'hospitalisation et l'une des principales complications au cours de la grossesse.

C- diagnostic: l'identification des facteurs de risque et la mesure de la longueur cervicale ont permis de mieux évaluer le risque d'AP

II - FDR ET CAUSES

1- Causes classiques:

A- Causes utérines:

- ***BCI***: acquise ou congénitale
- ***Malformations utérines***
- Congénitales: utérus hypoplasique; unicorne, bicorne, cloisonné
- Acquises: fibromes, tumeurs, synéchies

B- Causes annexielles:

- ***Fœtus:*** Grossesses multiples
  Macrosomie, RCIU
  Malformations fœtales
- ***Placenta***: PP, HRP
- ***LA:*** hydramnios

II - FDR ET CAUSES

C- Causes infectieuses:

- Chorioamniotite
- Infection urinaire
- Infection systémique
- Infection cervico-vaginale

D- Causes iatrogènes:

- Amniocentèse
- Intervention sur l'abdoméne ou le pelvis: appendicectomie

E- Idiopathique: 1/3 des cas

II - FDR ET CAUSES

2- FDR:

A- liées aux ATCD de la patiente:

- Age inf 18 ans ou sup 35 ans
- Parité: primipare ou grande multipare
- Délai court entre deux grossesses
- ATCD d'ABRT tardif, d'AP, d'IVG
- Exposition in utero au destilbene
- FIV

B- liées à une pathologie au cours de la grossesse:

- Maladies générale: HTA, diabète, cardiopathies
- HTA gravidique, SVR
- Hémorragie du T1

C- liées au mode de vie et origine ethnique:

- Race noire
- Mauvais suivi prénatal, mauvaises conditions socio-économiques
- Stress, tabac, accès difficile aux soins
- Condition de vie: travail, surmenage, long trajet

III-DIAGNOSTIC

A- Diagnostique positif:

A1- clinique:

1- Anamnèse la recherche de :

- FDR, ATCD obstétricaux et médicaux, la DDR, le déroulement de la grossesse, facteur déclenchant
- SF:
  - CU: anormales car douloureuses et fréquentes, plus ou moins régulières, évoluant par salves et depuis plus de 10 jrs au moins 1 CU/min ou 5 à 6 CU/heure
  - MTR: d'abondance variable
  - RPM: par la notion d'écoulement de LA

2- Examen obstétrical:

- ***Palpation cutanée:*** mesure de la HU, perception des CU, position du fœtus
- ***Examen au spéculum*** à la recherche de cervicites, vaginites, de leucorrhées, saignement endouterin, ou écoulement de LA

III-DIAGNOSTIC

- ***Tv :*** permet d'apprécier:
  - L'état du col: position, consistance, longueur, ouverture
  - Etat du SI
  - Intégrité du pole inferieur si le col est ouvert
- ***Autres:*** Auscultation des BCF

  Examen somatique de la patiente

3- Evaluation de la sévérité de la MAP

Score de bishop

Score de Baumgarten

III-DIAGNOSTIC

1-Dilatation du col utérin	1 cm	1 à 2 cm	3 à 4 cm	5 cm ou plus
2-Effacement du col utérin	long	1/2 long (40 à 50% d'effacement)	Court (60 à 70% d'effacement)	effacé (> 80% d'effacement)
3-Consistance du col utérin	ferme	moyenne	molle	
4-Position du col utérin	postérieure	centrée	antérieure	
5-Hauteur de la tête	haute et mobile	amorcée	fixée	engagée

Interprétation

Evaluation du travail se déclenchant spontanément :

score > 9 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares)

En cas de déclenchement artificiel du travail :

- score < 3 : pronostic très défavorable
- score entre 4 à 5 : pronostic intermédiaire (gel prostaglandine intra cervical + ocytocine ?)
- score entre 6 à 9 : pronostic favorable
- score > 9 : pronostic très favorable

III-DIAGNOSTIC

Cotation / Paramètres	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	irrégulières	Régulières		
membranes	intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragie	0	Peu importante	hémorragie		
Dilatation du col	0	1cm	2cm	3cm	4cm

Interprétation

IBG ≤ 3 points : menace légère
IBG compris entre 3 et 6 points : menace moyenne
IBG > 6 points : menace sévère dont les chances de succès du traitement sont restreintes.

III-DIAGNOSTIC

A2- paraclinique: Examens complémentaires

1- à visée diagnostic:

- ***Tocométrie et enregistrement du RCF:***

N'a pas un grand intérêt mais il permet d'autentifier et quantifier les CU

- ***Echographie endovaginale:*** +++ en faveur d'un risque élevé d'AP:
  - Longueur cervicale inf à 25 mm avant 35 SA
  - Ouverture de l'OCI sup 5 à mm ou sacculation
  - Epaisseur du SI inf à 0,6 cm

- ***Fibronectine fœtale:*** glycoprotéine extracellulaire localisé au niveau de la décidua et des membranes, sa présence dans les secrétions vaginales au dela de 21 SA constitue un marqueur de risque d'AP

Elle a une excellente valeur prédictive négative, cependant, il existe des faux positifs : métrorragies, rapports sexuels

- ***Autres:*** Cytokines

III-DIAGNOSTIC

2- à visée étiologique:

- *Recherche d'une infection asymptomatique:* FNS(hyperleucocytose), CRP, ECBU, ECBP, T°, si fièvre hémoculture
- *Echographie obstétricale:*

Biométries, quantité de LA, présentation du fœtus, siège du placenta

B- Diagnostic différentiel:

- DPPNI
- Autres étiologies de douleurs abdominales et pelviennes

IV - PRISE EN CHARGE

1-But: prévenir l'AP

2- Moyens:

- ***Hospitalisation et repos:*** en cas de MAP sévère
- ***Enquête étiologique et bilan:***

➢ *Bilan maternel*

Anamnèse à la recherche de FDR

Examen clinique

Bilan pré thérapeutique: ECG, glycémie, bilan thyroïdien, ionogramme

Bilan biologique étiologique: FNS, CRP, ECBU, ECBP, Labstix

➢ *Bilan fœtal:* systématique

ERCF à partir de 32 SA, échographie obstétricale, score de Manning, doppler ombilicale

IV - PRISE EN CHARGE

- *Tocolyse:*

1- B2 mimétiques: Salbutamol

- ***Voie d'administration***: IV, orale
- ***CI:*** absolues: cardiopathies, maladies coronariennes, troubles du rythme, hypokaliémie, allergie au produit, hémorragie importante
- ***Bilan pré thérapeutique:*** examen cardiovasculaire, ECG, ionogramme, glycémie
- ***Posologie:***

SAP: 1 amp(5mg) dans 43cc de sérum physiologique, débit 2cc/h, pdt 24-48h puis relai par voie orale

Perf: 2 amp(10mg) dans 500cc de SG, 10 gtt/min

- ***Surveillance:*** pouls, TA, SF(palpitations, tremblements, dyspnée, vertiges)
- ***Accidents:*** tachycardie, hypokaliémie, OAP, hyperglycémie

IV - PRISE EN CHARGE

2-Inhibiteurs calciques:

Actuellement utilisés en 1ere intention

Moins d'effets IIaires

Les plus utilisés: Nicardipine (loxen°), Nifidipine (Adalate°)

- ***Voie***: orale, IV
- ***CI:*** allergie
- ***Posologie:*** loxen: 2-4 mg/h à la SAP pdt 24-48h

  Voie orale: cp LP50: 1 cp 1 à 2 fois/jr

  Adalat 20 mgLP: 1 cp 2 fois/jr
- ***Surveillance:*** TA, fréquence cardiaque
- ***Effets secondaires:*** céphalées, bouffés de chaleur, flush, hypotension

IV - PRISE EN CHARGE

3- Antagonistes de l'ocytocine: Atosiban°

- ***Voie:*** IV
- ***CI:*** hypersensibilité au produit
- ***Effets secondaires:*** tachycardie maternelle, douleurs thoraciques, hypotension artérielles, vomissement
- ***Posologie***: bolus: 6,75 mg en IV dilué dans 0,9ml de serum physiologique, puis dose de charge IV pdt 3 H
- ***Inconvénient:*** cout très élevé

4- Sulfate de mg

5- AINS

6- Progestatifs: inj de 500mg pour le traitement d'entretient

IV – PRISE EN CHARGE

- *Corticothérapie:*

Permet de réduire le taux de mortalité néonatale, le risque de DR, d'hémorragie intraventriculaire et d'entérocolite ulcéro nécrosante

- ***Le plus utilisé:*** B méthasone: céléstene°
- ***Posologie***: 2 inj 12mg à 12-24h d'interval
- ***Indications***: MAP sévère entre 26-34 SA
- ***CI:*** chorioamniotite

- *ATB:* si infection

IV - PRISE EN CHARGE

3- Indications:

- *Apres 34SA:*
  - Abstention thérapeutique, repos
  - Hospitalisation si MAP sévère avec métrorragies, RPM, fièvre ou conditions socio économiques défavorables

- *Avant 34 SA:* la tocolyse s'impose
  - Hospitalisation si MAP sévère ou précoce avant 32 SA
  - Tocolyse, CTC
  - Si MAP moyenne ou légère: traitement en ambulatoire

Une chorioamniotite, une SFA, une MIU doit faire sursoir toute tocolyse

IV - PRISE EN CHARGE

- ***Abstention thérapeutique:***
- Malformation fœtale létale
- Chorioamniotite
- MIU
- SFA ou SFC
- Risque maternel grave
- Dilatation cervicale avancé sup à 4 cm
- HTA sévère

MERCI